

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA



Escuela de Enfermería y Fisioterapia

Titulación: Grado de Enfermería

Trabajo Fin de Grado

NECESIDAD DE LA EXISTENCIA DE UNIDADES DE CUIDADOS DE CORTA ESTANCIA INTEGRADAS EN LOS PROGRAMAS DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

Nombre del estudiante: ROSA M^a SAÑUDO ZAZO

Nombre del tutor: Prof. Dra. M^a Angeles Pérez de la Cruz

Enero 2012

Indice

Resumen.....	2
Introducción.....	3
Material y métodos.....	7
Resultados.....	8
Discusión y conclusiones.....	10
Bibliografía.....	11
Tablas.....	12
Gráficos.....	14

NECESIDAD DE LA EXISTENCIA DE UNIDADES DE CUIDADOS DE CORTA ESTANCIA INTEGRADAS EN LOS PROGRAMAS DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA.

Resumen

Los programas de Cirugía Mayor Ambulatoria tienen mayor dificultad para conseguir sus objetivos y funcionan de forma menos eficiente si no cuentan con una unidad de cuidados de Corta Estancia integrada.

En una muestra de 160 pacientes intervenidos durante el mes de octubre de 2011 en la unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria y Corta Estancia de la 3ª Planta del hospital Virgen de la Vega, perteneciente al Complejo Hospitalario de Salamanca. Se contabilizaron los pacientes que precisaron pernoctar en la unidad de Corta Estancia y se estudió su influencia en base a los procesos y las especialidades quirúrgicas.

Este estudio demostró que un total de 76 pacientes preciso pernoctar en el hospital, lo que supone el 48% de los casos. Las especialidades que más demandaron Corta Estancia fueron: cirugía vascular, con un 100% de los casos; urología, con un 93% de los casos, y cirugía general, con un 70,9% de los casos. Los motivos más frecuentes fueron: necesidad de analgesia intravenosa, necesidad de antibioterapia intravenosa e intervenciones realizadas en horario de tarde.

A la vista de los datos estudiados, observamos que no hubiera sido posible realizar casi la mitad de las intervenciones sin ingreso en plantas de cirugía convencional, si el hospital careciera de la unidad de cuidados de Corta Estancia integrada en los programas de Cirugía Mayor Ambulatoria.

La reducción de las intervenciones realizadas, supondría más dificultad en la gestión de las listas de espera y un aumento del gasto sanitario, disminuyendo la eficiencia de nuestro sistema de salud.

Introducción

La Cirugía Mayor Ambulatoria y de Corta Estancia es cada vez con más frecuencia utilizada en muchos hospitales.

La justificación a esta tendencia la encontramos en las evidentes ventajas que presentan estos métodos:

- 1) Para los sistemas de salud, el ahorro del gasto que supone la hospitalización y la mayor disponibilidad de camas hospitalarias para otras patologías, permiten enfrentarse a la creciente demanda de actos quirúrgicos, con reducción de las listas de espera y logrando una mejor gestión de los recursos, lo que posibilita mayores dotaciones para aquellos pacientes que necesitan de tecnologías mas complejas.
- 2) Para los pacientes, la Cirugía Ambulatoria y en régimen de Corta Estancia acelera la recuperación y la reintegración sociolaboral del usuario. Esto es consecuencia de la deambulación precoz, la menor tasa de complicaciones (sépticas, respiratorias, tromboembólicas, etc) que presentan con respecto a aquellos intervenidos bajo hospitalización convencional y la disminución de la ansiedad generada por el acto quirúrgico que se logra si este se efectúa con un internamiento mínimo (desdramatización de la cirugía)¹.

Es muy importante distinguir entre la Cirugía Mayor Ambulatoria y la Corta Estancia, pues en muchos casos existe confusión entre ellas:

Incluimos en el término “Cirugía Mayor Ambulatoria” a todas aquellas técnicas quirúrgicas de mediana complejidad que se practican sobre enfermos que vuelven a su casa el mismo día, después de un periodo variable de observación y recuperación¹. Son objetivos de la Cirugía Mayor Ambulatoria: garantizar una asistencia de calidad con eficacia y seguridad, remitiendo al paciente de forma precoz a su domicilio, reduciendo las listas de espera y la hospitalización innecesaria, haciendo más sostenible nuestro sistema de salud.

En cambio, la “cirugía de Corta Estancia”, hace referencia a aquellos procedimientos quirúrgicos tras los cuales el operado causa una estancia de 24-48 horas y el paciente pernocta la primera noche de postoperatorio en el hospital¹.

También es importante distinguir que tipo de pacientes pueden ser incluidos en cada una de las modalidades, pues no todos los hospitales cuentan con una unidad de cuidados de Corta Estancia como complemento a las unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria, y en estos casos puede verse disminuido el número de pacientes que cumplen criterios para ser asignados a estos programas.

Cuando se trata de unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria, el horario de atención será de 12 a 14 horas; este horario limita el tiempo en la evolución del paciente y la recuperación de su autonomía, ya que debe pernoctar en su domicilio, por lo que se debe utilizar un criterio riguroso de selección para evitar complicaciones y reingresos hospitalarios.

Criterios quirúrgicos:

- Intervenciones que no requieran una preparación preoperatoria compleja.
- Procesos sin gran pérdida de volumen anatómico o hemático.
- Cuidados postoperatorios sencillos y poco riesgo de complicaciones.
- No requerimiento de tratamiento parenteral posterior.
- Dolor postoperatorio controlable con analgésicos orales.

Criterios anestésicos:

- Pacientes catalogados como ASA I, II. (tabla 1)
- Duración de la intervención inferior a 90 minutos con anestesia general.

Características del propio paciente:

- Participación voluntaria y consentimiento informado del paciente, o responsables, para la intervención por cirugía ambulatoria.
- Paciente cooperador y capaz de entender órdenes, tanto orales como escritas.
- Ausencia de patología general importante o descompensada.

Entorno social:

- Soporte social o familiar adecuados, con posibilidad de disponer de la atención de un adulto responsable durante el traslado al domicilio y las primeras 24 horas del postoperatorio.
- Disponibilidad de transporte y tiempo de acceso a su centro de referencia inferior a una hora desde el domicilio.
- Domicilio o lugar de convalecencia accesible a las condiciones del paciente tras su alta; disponibilidad de teléfono y de los requisitos elementales de habitabilidad, confort e higiene².

Los criterios son rigurosos y no facilitan la inclusión de pacientes en la modalidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, pero es muy importante que se cumplan para evitar complicaciones. Si contamos con unidades de Corta Estancia como complemento de la Cirugía Mayor Ambulatoria, estos criterios se vuelven más flexibles y es posible incluir:

- Pacientes con tratamiento parenteral posterior. Esto es doblemente importante en algunos tipos de intervenciones que conllevan riesgo elevado de infectarse por tratarse de cirugía de zonas sucias y precisan antibioterapia por vía intravenosa, al menos en las primeras 24 horas.
- Pacientes con dolor postoperatorio moderado que no se controla con analgesia por vía oral y precisa analgesia parenteral.
- Pacientes catalogados como ASA III, (tabla 1) si no han tenido descompensaciones en los tres meses anteriores a la intervención.
- Pacientes que son intervenidos en horario de tarde, que, al no transcurrir el tiempo necesario para su recuperación, deben pernoctar en el hospital.
- Pacientes que vivan más alejados del centro hospitalario y deban ser revisados al día siguiente de la intervención.
- Pacientes que viven en entorno rural y tardan en llegar a su centro de salud.

Contando con unidades de Corta Estancia evitaríamos también los ingresos en unidades de cirugía convencional de aquellos pacientes que han sido intervenidos en programas de Cirugía Mayor Ambulatoria y han sufrido complicaciones leves.

El fin principal de las unidades de Corta Estancia es conseguir el alta precoz evitando las complicaciones y logrando la autonomía del paciente en el menor tiempo posible. No debemos olvidar que además de un menor impacto en los hábitos del paciente, la cirugía de corta estancia tiene otra ventaja que es un menor coste económico. Así, como valor añadido debemos tener en cuenta la importancia que tiene realizar unos cuidados de enfermería de calidad para disminuir las estancias hospitalarias de los pacientes³. Para lograr este objetivo debemos resaltar los cuidados encaminados a disminuir las complicaciones postquirúrgicas y favorecer el autocuidado:

- Reducir la ansiedad informando. Es preciso, un alto grado de información y asesoramiento a los pacientes y acompañantes para que acepten la participación en todo el proceso de recuperación⁴.
- Evitar el dolor asegurándonos de la efectividad de la analgesia. El control del dolor será uno de los parámetros fundamentales para que el paciente valore su recuperación como satisfactoria⁵.
- Control de constantes vitales, retirada de sueroterapia, control de ingesta, deambulación, relación con el entorno y revisión de la herida⁵.
- Detección precoz de posibles complicaciones.
- Facilitar el sueño, proporcionando confort y eliminando en lo posible aquello que produzca ansiedad en el paciente: gestionaremos un entorno tranquilo limitando la presencia de acompañantes. La canalización de la vía venosa debe intentarse, respetando las características de la intervención, en la zona que menos moleste al paciente. En todos los casos posibles eliminaremos la sueroterapia durante la noche conservando la vía salinizada para tratamiento intravenoso.
- Reanudar la tolerancia y la alimentación de forma precoz. Desde la perspectiva de la enfermera, la reducción del ayuno postoperatorio en cirugía de corta estancia (sin invasión digestiva), podría contribuir a mejorar el cuidado de los pacientes³.
- Facilitar la eliminación, proporcionando intimidad y favoreciendo la movilidad siempre que sea posible.

- Favorecer la movilización precoz, explicando sus ventajas y facilitando ayudas mecánicas en caso de necesidad.
- Enseñar cuidados en domicilio y entregar por escrito recomendaciones al alta escritas de forma sencilla y comprensible. La enseñanza a pacientes y su entorno familiar, será fundamental para: mejorar su autocuidado, controlar los problemas que puedan surgir en su domicilio, comprender los efectos de los medicamentos pautados y adquirir conocimientos que aumenten su capacidad de toma de decisiones⁵.

El objetivo global de los cuidados es conseguir los criterios de alta:

- Dolor controlado.
- Ausencia de náuseas.
- Herida quirúrgica en buen estado.
- Deambulación.
- Tolerancia a la alimentación.
- Micción espontánea conseguida⁵.

En algunos casos el tiempo de permanencia en las unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria es insuficiente para conseguir los criterios de alta, y es imprescindible que el paciente continúe recibiendo cuidados en la unidad de Corta Estancia.

Material y métodos

Pacientes ingresados durante el mes de Octubre de 2011 en la unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria y de Corta Estancia de la 3ª Planta del hospital Virgen de la Vega perteneciente al Complejo Hospitalario de Salamanca.

Nuestra unidad cuenta con una zona de recuperación post-anestésica (URPA) con seis puestos, catorce camas de ingreso y una habitación de acogida para cirugía menor con anestesia local. Permanece abierta las 24 horas de lunes a viernes. Cierra el sábado a las 15 horas hasta las 8h del lunes. También permanece cerrada los días festivos.

Además de los pacientes ingresados en nuestra unidad, complementamos otra unidad de cirugía mayor ambulatoria del Complejo Hospitalario que no cuenta con camas de ingreso de Corta Estancia. Los pacientes procedentes de esta unidad, así como los intervenidos de cirugía menor con anestesia local, no han sido incluidos en el estudio.

Las especialidades estudiadas han sido las que han pasado durante el mes de octubre por nuestra unidad:

- Traumatología
- Cirugía Plástica
- Cirugía General
- O.R.L.
- Cirugía Vascular
- Urología
- Cirugía Máxilofacial

El estudio fue observacional y retrospectivo, y el instrumento utilizado para la recogida de datos fue el registro de entrada y salida de los pacientes utilizado en la unidad.

Resultados

Se contabilizaron un total de 160 intervenciones, de las cuales 84, se realizaron en régimen de Cirugía Ambulatoria y 76 precisaron pernoctar en la unidad de cuidados de Corta Estancia (Tabla 2).

El 48% de los pacientes precisaron la existencia de la unidad de cuidados de Corta Estancia para poder ser incluidos en el programa de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Los procesos que más utilizaron Corta Estancia fueron:

- Intervenciones traumatológicas de pie y rodilla
- Intervenciones de varices en cirugía vascular
- Biopsia prostática, hidrocele, incontinencia urinaria y cistocele en urología.
- Hernias, fístulas y procesos rectales en cirugía general.

Los motivos más frecuentes fueron:

- Precisar analgesia por vía intravenosa.
- Precisar antibioterapia por vía intravenosa.
- Drenajes activos con contenido moderado
- Complicaciones leves en la cirugía: pequeñas hemorragias, retenciones urinarias, náuseas y vómitos, etc.
- Complicaciones leves en la patología del paciente: descompensación diabética, hipertensión, etc.
- Intervenciones en horario de tarde en las que los pacientes necesitan un tiempo moderado de recuperación y deben pernoctar en el hospital.

Las especialidades que precisaron Corta Estancia fueron:

- cirugía vascular, con un porcentaje del 100%, debido a que realizó las intervenciones por la tarde.
- Urología, con un porcentaje del 93%, debido a que se necesitó antibioterapia por vía intravenosa en la mayoría de los casos.
- Cirugía general, con un porcentaje del 70,9%, debido a la necesidad de recuperación post-anestésica en intervenciones en horario de tarde, sangrados leves que precisan drenaje, y analgesia y antibioterapia intravenosa.
- Cirugía máxilofacial, con un porcentaje del 50%, principalmente pacientes que fueron intervenidos en horario de tarde, y complicaciones leves, inflamatorias o hemorrágicas en pacientes intervenidos de extracción de cordales incluidos.
- Traumatología, con un porcentaje del 31,8 %, debido a que los pacientes que precisaron analgesia por vía intravenosa las primeras horas (cirugía del pie), y los que precisaron drenajes (cirugía de rodilla por artroscopia).
- O.R.L., con un porcentaje de 11,8%, ocupado principalmente por microcirugía de laringe.

En todos los casos, de pacientes fueron dados de alta al día siguiente, siendo autónomos y capaces de realizar un correcto autocuidado.

Discusión

Existen opiniones en contra de la existencia de las unidades de cirugía de Corta Estancia y muchos profesionales no entienden su significado a medio camino entre la Cirugía Mayor Ambulatoria y la cirugía convencional con ingreso. Pero la cirugía de Corta Estancia se diferencia de la Cirugía Mayor Ambulatoria en que ofrece más posibilidades al permitir la pernoctación de los pacientes, lo que aumenta los criterios de inclusión, y de la cirugía convencional en que reduce las listas de espera quirúrgica, evitando la hospitalización con la garantía de una asistencia de calidad, remitiendo al paciente a su domicilio de forma precoz una vez recuperada su autonomía y capacidad de autocuidado.

Conclusiones

1. Aunque el recuento de casos se ha realizado solo durante el mes de octubre, los resultados son importantes y se pueden extrapolar al resto de los meses de funcionamiento normal.
2. Sin la existencia de la Unidad de Corta Estancia el 48% de los casos tendrían que haber sido ingresados en una planta de cirugía convencional, cuyos objetivos no están encaminados a la consecución del alta precoz y administrativamente eleva los costes sin conseguir una reducción de las listas de espera.
3. Algunas especialidades no habrían entrado en programa de Cirugía Mayor Ambulatoria sin la existencia de Corta Estancia, especialmente Cirugía Vascular y Urología.
4. Es importante destacar la necesidad de alargar el horario de permanencia en el hospital de los pacientes de Cirugía Mayor Ambulatoria intervenidos en horario de tarde, destacando en este caso, la especialidad de Cirugía General.
5. Los resultados demuestran que para que el programa de Cirugía Mayor Ambulatoria, consiga los objetivos de asistencia de calidad, recuperación precoz de la autonomía de los pacientes y mejora de la eficiencia, reduciendo los costes del sistema de salud, es imprescindible que en los hospitales, las unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria, tengan integrada una unidad de cuidados en cirugía de Corta Estancia.

Bibliografía

- (1) J.M.Villar del Moral. El empleo racional de la cirugía mayor ambulatoria y de corta estancia. Medicina integral: Medicina preventiva y asistencial en atención primaria de la salud 1994;24(4):177-181.
- (2) Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. Hernia inguino-crural. Santiago de Compostela: Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia, Avalia-t; 2007.
- (3) Martínez Claret D. Tolerancia a la ingesta precoz de líquidos en pacientes postoperados de cirugía menor no digestiva. Enfermería clínica 2001;11(4):141-145.
- (4) Visús Cebrián MA, Villalta Oliva T, Castillo Monteagú J, Masagué Aragonés A. Cirugía con o sin ingreso: estudio comparativo sobre la necesidad de cuidados profesionales y tiempos de recuperación. Enfermería clínica 2003;13(4):191-194.
- (5) Laza Alonso AM. Guía de cuidados en cirugía mayor ambulatoria. Madrid: Arán; 2009.

Tablas

TABLA 1

SISTEMA DE CLASIFICACIÓN ASA

Sistema de clasificación que utiliza la American Society of Anesthesiologists (ASA) para estimar el riesgo que plantea la anestesia para los distintos estados del paciente.

Clase I- Paciente saludable no sometido a cirugía electiva

Clase II- Paciente con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante. Puede o no relacionarse con la causa de la intervención.

Clase III- Paciente con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante. Por ejemplo: cardiopatía severa o descompensada, diabetes mellitus no compensada acompañada de alteraciones orgánicas vasculares sistémicas (micro y microangiopatía diabética), insuficiencia respiratoria de moderada a severa, angor pectoris, infarto al miocardio antiguo, etc.

Clase IV- Paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante, que constituye además amenaza constante para la vida, y que no siempre se puede corregir por medio de la cirugía. Por ejemplo: insuficiencias cardíaca, respiratoria y renal severas (descompensadas), angina persistente, miocarditis activa, diabetes mellitus descompensada con complicaciones severas en otros órganos, etc.

Clase V- Se trata del enfermo terminal o moribundo, cuya expectativa de vida no se espera sea mayor de 24 horas, con o sin tratamiento quirúrgico. Por ejemplo: ruptura de aneurisma aórtico con choque hipovolémico severo, traumatismo craneoencefálico con edema cerebral severo, embolismo pulmonar masivo, etc. La mayoría de estos pacientes requieren la cirugía como medida heroica con anestesia muy superficial.

TABLA 2

**TABLA DE REGISTRO DE PACIENTES DE LA UNIDAD DE CIRUGIA
MAYOR AMBULATORIA Y CORTA ESTACIA DE LA 3ª PLANTA HOSPITAL
VIRGEN DE LA VEGA.**

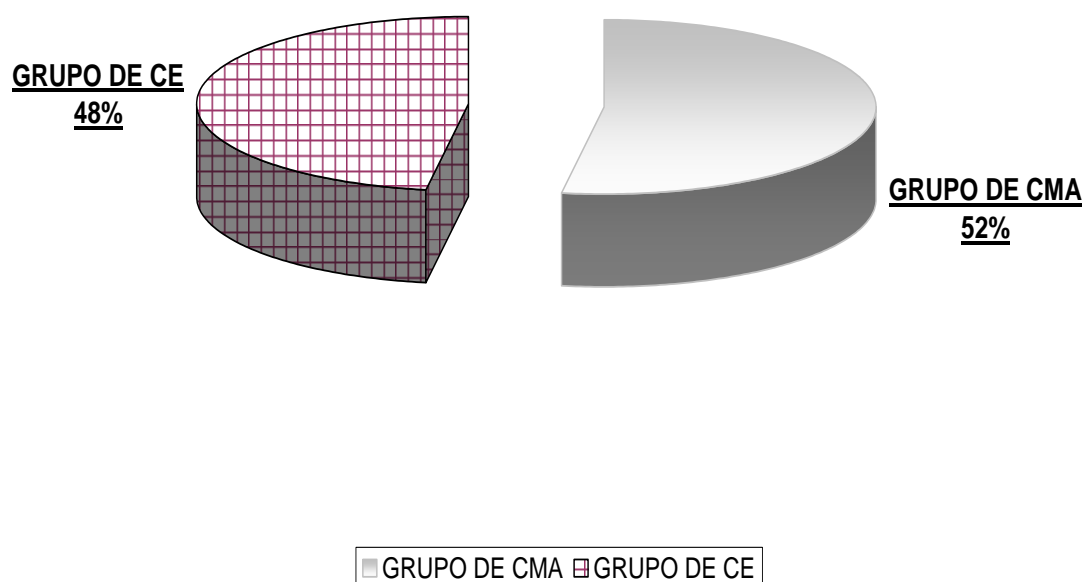
	GRUPO DE CMA	GRUPO DE CE	TOTAL	% CMA	% CE
TRAUMATOLOGIA	45	21	66	68,2	31,8
CIRUGIA PLASTICA	11	0	11	100	0
CIRUGIA GENERAL	9	22	31	29,1	70,9
ORL	15	2	17	88,2	11,8
CIRUGIA VASCULAR	0	3	3	0	100
UROLOGIA	2	27	29	6,9	93,1
CIR. MAXILOFACIAL	2	1	3	50	50
TOTALES	84	76	160		

Resultados obtenidos en el recuento de pacientes ingresados en la unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria-Corta Estancia de la 3ª Planta del Hospital Virgen de la Vega durante el mes de Octubre de 2011.

Gráficos

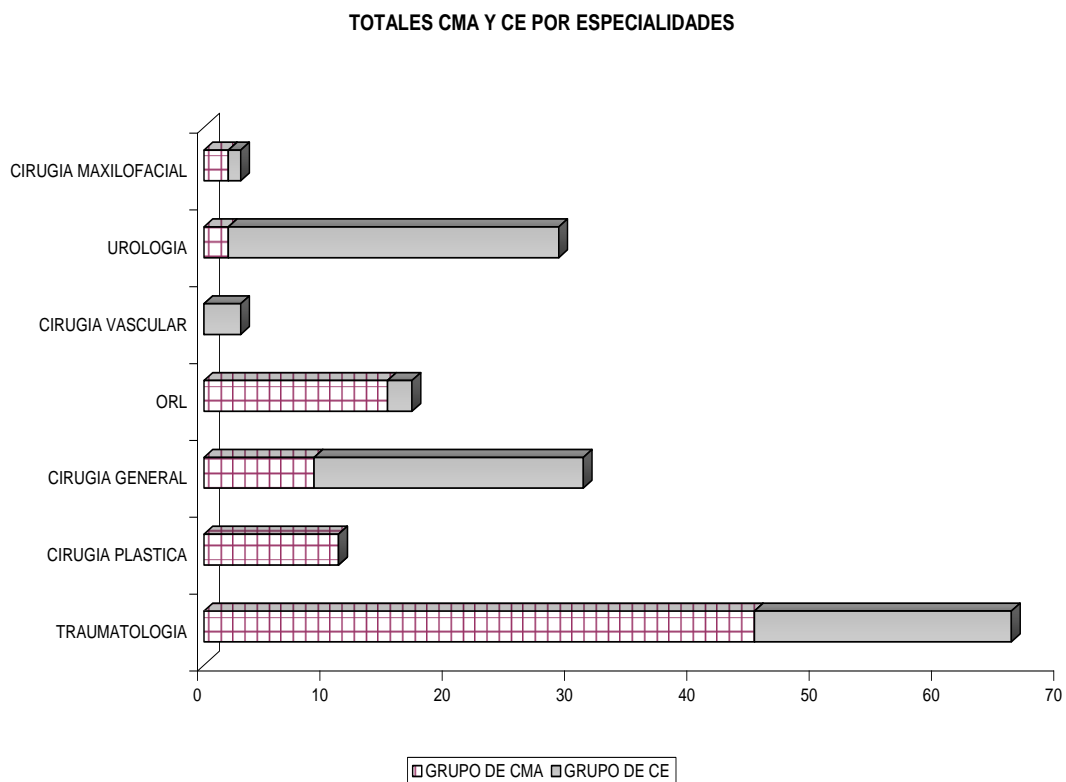
GRAFICO I

TOTALES CMA Y CE



Del total de los enfermos intervenidos en el Hospital Virgen de La Vega del Complejo Hospitalario de Salamanca, el 48% preciso ingreso en Corta Estancia.

GRAFICO II



Del total de los enfermos intervenidos en el mes de Octubre de 2011 en el programa de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital Virgen de la Vega, porcentaje de pacientes que necesitaron ingreso en Corta estancia, por especialidades.